

Le suicide chez les jeunes adultes de sexe masculin au Québec : Psychopathologie et utilisation des services médicaux

Suicide among young male adults in Québec : psychopathology and utilization of medical services

Frédéric Grunberg, Alain D. Lesage, Richard Boyer, Claude Vanier, Raymond Morissette, Carole Ménard Buteau et Michel Loyer

Volume 19, numéro 2, automne 1994

Le suicide

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032311ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032311ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Grunberg, F., Lesage, A. D., Boyer, R., Vanier, C., Morissette, R., Ménard Buteau, C. & Loyer, M. (1994). Le suicide chez les jeunes adultes de sexe masculin au Québec : Psychopathologie et utilisation des services médicaux. *Santé mentale au Québec*, 19(2), 25–39. <https://doi.org/10.7202/032311ar>

Résumé de l'article

On a apparié 75 jeunes gens de 18 à 35 ans qui s'étaient suicidés à 75 autres, toujours en vie, en fonction de l'âge, de la résidence, du statut conjugal et professionnel. Pour chacun des groupes, un répondant principal a été interviewé, et les dossiers médicaux ainsi que ceux du coroner ont été examinés afin de reconstituer le profil psychologique des intéressés et leur utilisation des services. À six mois, la prévalence de tous les diagnostics d'axe (selon le DSM-IV-R) était de 88,8 % pour le groupe des suicidés et de 37,3 % pour le groupe témoin. Parmi les suicidés, 38,7 % souffraient de dépression majeure, 24 % de dépendance à l'alcool, et 28,7 % aux drogues. La personnalité borderline a été identifiée chez 28 % des suicidés contre 4 % du groupe témoin. Chez les suicidés, 42,5 % avaient consulté un professionnel de la santé mentale dans l'année précédente, contre 5 % chez les témoins. Cependant, la grande majorité des suicidés (78,5 %) avaient consulté un professionnel de la santé, tel un omnipraticien, contre 73,2 % chez les témoins.



Le suicide chez les jeunes adultes de sexe masculin au Québec Psychopathologie et utilisation des services médicaux

Frédéric Grunberg, Alain D. Lesage, Richard Boyer, Claude Vanier, Raymond Morissette, Carole Ménard Buteau, Michel Loyer*

On a apparié 75 jeunes gens de 18 à 35 ans qui s'étaient suicidés à 75 autres, toujours en vie, en fonction de l'âge, de la résidence, du statut conjugal et professionnel. Pour chacun des groupes, un répondant principal a été interviewé, et les dossiers médicaux ainsi que ceux du coroner ont été examinés afin de reconstituer le profil psychologique des intéressés et leur utilisation des services. À six mois, la prévalence de tous les diagnostics d'axe I (selon le DSM-III-R) était de 88,8 % pour le groupe des suicidés et de 37,3 % pour le groupe témoin. Parmi les suicidés, 38,7 % souffraient de dépression majeure, 24 % de dépendance à l'alcool, et 28,7 % aux drogues. La personnalité *borderline* a été identifiée chez 28 % des suicidés contre 4 % du groupe témoin. Chez les suicidés, 42,5 % avaient consulté un professionnel de la santé mentale dans l'année précédente, contre 5 % chez les témoins. Cependant, la grande majorité des suicidés (78,5 %) avaient consulté un professionnel de la santé, tel un omnipraticien, contre 73,2 % chez les témoins.

L'idée de la recherche sur le suicide chez les jeunes adultes de sexe masculin a germé dans l'esprit d'un des membres de notre équipe après que le Comité de santé mentale du Québec eut émis un avis sur le suicide en 1982. Dans cet avis, on constatait que le taux de suicide au Québec avait considérablement augmenté depuis le début des années soixante et qu'un des groupes où cette augmentation était le plus accélérée concernait les jeunes adultes de sexe masculin.

* Les auteurs, Frédéric Grunberg, M.D., F.R.C.P., Alain D. Lesage, M.D., F.R.C.P., Richard Boyer, Ph.D., Claude Vanier, M.D., F.R.C.P., Raymond Morissette, M.D., F.R.C.P., Carole Ménard-Buteau, M.D., F.R.C.P. et Michel Loyer, M.Sc., travaillent à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et au centre de recherche Fernand Seguin. Ce texte a été présenté au Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Canada, à Montréal, le 17 septembre 1992. Il a été révisé par E. Daoust. Ce travail a été soutenu par des subventions du Conseil québécois de la recherche sociale (C.Q.R.S.) et de la Fondation canadienne de la recherche en psychiatrie. Les auteurs remercient les docteurs Dionne et Grenier du bureau du Coroner du Québec pour le soutien accordé à leur recherche.

De plus, l'avis du Comité avait dans sa teneur quelque peu scotomisé l'apport des maladies mentales dans la genèse du suicide en mettant l'accent sur la notion de crise, sur la sociogénèse du suicide et sur l'effort préventif d'interventions psychosociales démedicalisées et surtout dépsychiatisées à partir de structures telles que les centres de prévention du suicide, d'écoute téléphonique et d'autres programmes inspirés par les samaritains du Royaume-Uni.

L'Association des psychiatres du Québec avait réagi à l'avis en faisant remarquer que la plupart des études empiriques sur le suicide des années soixante et soixante-dix avaient mis en évidence le rôle des troubles mentaux, en particulier les maladies affectives et l'alcoolisme (Robins, 1959; Dorpat, 1960; Barraclough, 1974). L'Association, tout en reconnaissant que les interventions démedicalisées émanant de centres de prévention pouvaient apporter un certain secours aux personnes en détresse psychologique, notait que toutes les recherches évaluatives n'avaient pas démontré que de tels programmes avaient un effet significatif sur le taux de suicide dans la population générale.

Ce différend entre le Comité de santé mentale et l'Association des psychiatres ne se situait pas uniquement à un niveau théorique, mais avait des implications pratiques si l'on cherchait à développer des stratégies de prévention. Si on envisageait le suicide comme l'aboutissement de la détresse d'une personne aux prises avec une crise d'ordre essentiellement psychosocial, il était logique de favoriser le développement de centres de prévention d'où des interventions de crise, d'écoute et d'accompagnement pouvaient être mises en place. Si on envisageait le suicide comme la manifestation d'un trouble mental, une stratégie de prévention devrait se centrer sur le dépistage précoce de certains troubles tels que la dépression, suivi d'un traitement vigoureux et efficace. Il semble que le gouvernement à l'époque se soit rallié à l'avis du Comité de santé mentale en favorisant la mise en place des centres de prévention.

En 1988, nous avons constitué une équipe à l'hôpital Louis-H. Lafontaine pour étudier le rôle des troubles mentaux dans le suicide. Nous avons concentré notre recherche chez les jeunes adultes de sexe masculin où l'augmentation du taux de suicide a été le plus marqué. Ce taux élevé chez les jeunes adultes de sexe masculin avait aussi été constaté ailleurs, surtout aux États-Unis où ce groupe d'âge avait dépassé la Suède et le Japon, pays connus depuis fort longtemps pour un taux de suicide très élevé chez les jeunes gens (Blumenthal, 1988).

L'objectif de notre recherche comprenait deux volets. Il s'agissait de vérifier si :

- 1) les troubles mentaux étaient associés au suicide des jeunes adultes de sexe masculin; et
- 2) dans une optique de prévention, si l'utilisation des services de santé avant le décès était plus fréquent chez les jeunes gens qui s'étaient suicidés.

Méthodologie

Sélection des sujets

À partir de 215 suicides chez les jeunes gens âgés de 18 à 35 ans, adjugés par le bureau du coroner dans le grand Montréal et dans la ville de Québec, un bassin de population de trois millions d'habitants, nous avons sélectionné 75 sujets dont les proches avaient consenti à participer à la recherche.

En vue de constituer un groupe témoin, nous avons sélectionné 75 sujets dans la population générale, appariés aux sujets qui s'étaient suicidés, en fonction de la résidence, de l'âge, du statut conjugal et occupationnel.

Cueillette des données

La méthode utilisée pour recueillir les données était celle de l'autopsie psychologique mise au point par Schneidman et Farberow en 1961, qui consiste, en partant d'informations obtenues auprès de ses proches, à «reconstituer le style de vie et la personnalité du décédé ainsi que les circonstances, le comportement et les événements de vie qui ont conduit l'individu à son trépas». Pour ce faire, nous avons utilisé une entrevue semi-structurée avec le parent ou l'ami qui connaissait le mieux le sujet, complétée par l'étude des dossiers du coroner et des dossiers médicaux. Nous avons aussi utilisé le Kiddie-SADS-E (Chambers et al., 1985), un instrument permettant de poser un diagnostic selon le DSM-III-R (APA, 1987) chez des enfants et adolescents, à partir d'entrevues avec les parents. Des sections du Interview Schedule for Children (Kovacs, 1985) ont aussi été utilisées pour identifier des personnalités schizotypales schizoïde et borderline.

Nous avons adopté la procédure suivante. Pour le groupe des suicidés, quatre mois après le décès une lettre était envoyée du bureau du coroner en chef au répondant qui semblait connaître le mieux le sujet, lui demandant s'il voulait bien participer au projet en acceptant

de se soumettre à une entrevue avec un membre de l'équipe de recherche. Le taux d'acceptation a été de 55,6 %. Pour le groupe témoin, les sujets étaient sélectionnés à partir d'une liste de personnes de sexe masculin âgées de 18 à 35 ans inscrites à la circonscription électorale des sujets qui s'étaient suicidés. Le taux d'acceptation a été de 40,6 %.

Les entrevues eurent lieu au domicile du répondant cinq à huit mois en moyenne après le suicide. Les interviewers étaient un psychologue (ML), une résidente en psychiatrie (CMB), et un psychiatre (ADL). À partir d'informations obtenues durant l'entrevue et complétées par une révision du dossier du coroner et du dossier médical, ils rédigèrent une histoire de cas. Cette narration écrite avec omission de l'issue fatale dans les cas de suicide fut soumise à deux psychiatres chevronnés (CV et RM) qui posèrent un diagnostic DSM-III-R d'Axe I et II. La concordance du diagnostic posé par les deux psychiatres a été de 84,7 % en Axe I et 82,6 % en Axe II. Le coefficient Kappa était excellent pour les pathologies importantes tel que dépression majeure (.98), dépendance à l'alcool (.94) et aux drogues (.97), schizophrénie (.98) et personnalité limite (borderline) (.81).

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques

Les 75 suicidés et les 75 sujets témoins partageaient les mêmes caractéristiques sociodémographiques au plan de l'âge, du statut conjugal, de l'emploi et du revenu. Seul au niveau de l'éducation pouvait-on constater des différences entre les deux groupes. En effet, quant aux études secondaires, 41,1 % des suicidés avaient décroché, et parmi ceux qui les avaient complétées, 21,9 % n'avaient pas obtenu le diplôme de fin d'études. Par contre, dans le groupe témoin, 16,4 % avaient décroché et 13,7 % n'avaient pas obtenu leur diplôme.

Moyens utilisés pour se donner la mort

Nous avons pu établir que 50,6 % des suicidés s'étaient donnés la mort par pendaison, 24,7 % par arme à feu, 16,9 % par intoxication (tuyau d'échappement d'automobile) et 3,9 % par intoxication médicamenteuse.

Conditions de vie

Il n'existait aucune différence entre les suicidés et les témoins : 22,3 % des suicidés vivaient seuls, contre 21,3 % des témoins ; 45,2 %

Tableau 1
Caractéristiques socio-démographiques

	Suicides		Population générale	
	n = 75		n = 75	
	(n)	%	(n)	%
Âge				
18-24	(29)	38,7	(30)	40,0
25-29	(24)	32,0	(23)	30,7
30 +	(22)	29,3	(22)	29,3
État civil				
Marié	(13)	17,3	(13)	17,3
Séparé/ divorcé/ veuf	(19)	25,3	(15)	20,0
Célibataire	(43)	57,3	(47)	62,7
Statut occupationnel				
Travaille	(42)	56,0	(42)	56,0
Étudie	(13)	17,3	(16)	21,3
Sans emploi	(20)	26,7	(17)	22,7
Revenu du foyer				
0 - 19999SC	(12)	16,0	(12)	16,9
- 39999SC	(29)	38,7	(21)	29,6
- 40000SC +	(34)	45,3	(38)	53m5
(Manquant)	—		(4)	
Éducation¹				
Secondaire non complété	(30)	41,1	(12)	16,4
Secondaire complété	(16)	21,9	(10)	13,7
CEGEP	(15)	20,5	(22)	30,1
Université	(12)	16,4	(29)	39,7
(Manquant)	(2)		(2)	

1. Chi-carré = 17,47, 3dl, p=,0006

contre 53,4 % vivaient chez les parents; et 17,8 % contre 17,3 % vivaient avec un conjoint. Par ailleurs, deux suicidés et deux témoins vivaient en couple homosexuel.

Tentatives antérieures

Dans l'année avant le décès, 21,3 % des suicidés avaient tenté de s'enlever la vie. Par contre, aucune tentative de suicide n'avait été relevée dans le groupe témoin.

Diagnostic

À six mois, au moins un diagnostic d'Axe I au DSM-III-R était relevé chez 88 % des suicidés, contre 37,3 % chez les témoins. Quatre diagnostics avaient été identifiés comme étant statistiquement plus fréquents chez les suicidés que chez les témoins. La dépression majeure était observée chez 38,7 % des suicidés, contre 5,3 % des témoins. La dépendance à l'alcool et aux drogues était relevée à 24,0 % et à 22,7 % respectivement chez les suicidés, contre 5,3 % et 2,7 % chez les témoins. La différence entre les cinq schizophrènes qui s'étaient suicidés contre aucun chez les témoins était statistiquement significative au test de Fisher (P). Lorsqu'on regroupe le spectre des troubles dépressifs en incluant les bipolaires, les troubles dysthymiques et les troubles de l'adaptation avec humeur dépressive, 60,6 % des suicidés souffraient d'une maladie affective six mois avant de s'enlever la vie, contre 14,7 % chez les témoins.

Au niveau de l'Axe II, le trouble de personnalité limite (borderline) était particulièrement significatif parmi les suicidés: 28,0 % en étaient affectés, contre 4 % chez les sujets témoins.

Utilisation des services

La figure 3 résume l'utilisation des services de santé et des services sociaux dans les deux groupes dans l'année qui précède le suicide. Il est intéressant de noter que les sujets des deux groupes avaient également consulté un professionnel de la santé, à 78,5 % et 73,2 %. Cependant, il se fait une démarcation très nette lorsqu'on considère les services de santé mentale. En effet, 42,5 % des suicidés avaient consulté un professionnel de la santé mentale, contre 5 % chez les témoins. De plus, 29,3 % des suicidés avaient consulté une clinique externe de psychiatrie, contre 2,6 % des sujets témoins; et 13,3 % des suicidés avaient été hospitalisés en psychiatrie, contre 1,3 % des témoins. Néanmoins, alors que la grande majorité des

Figure 1

Désordres DSM-III-R, 6 derniers mois selon un mode cumulatif et hiérarchique des désordres organiques aux autres

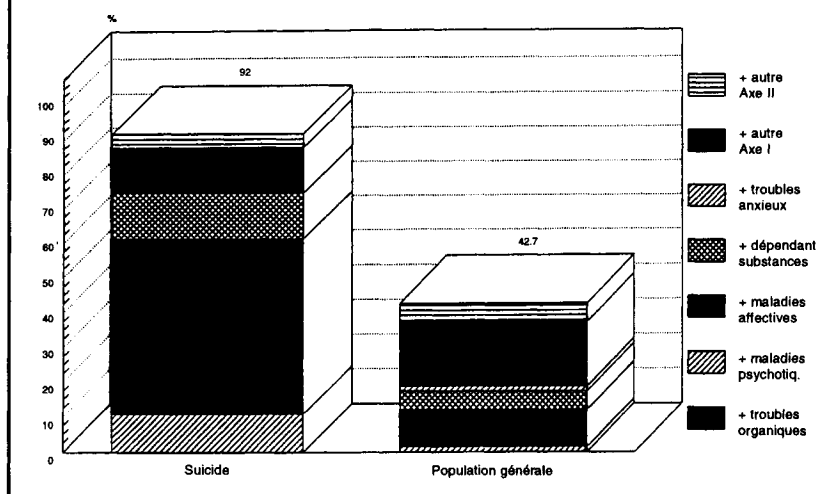
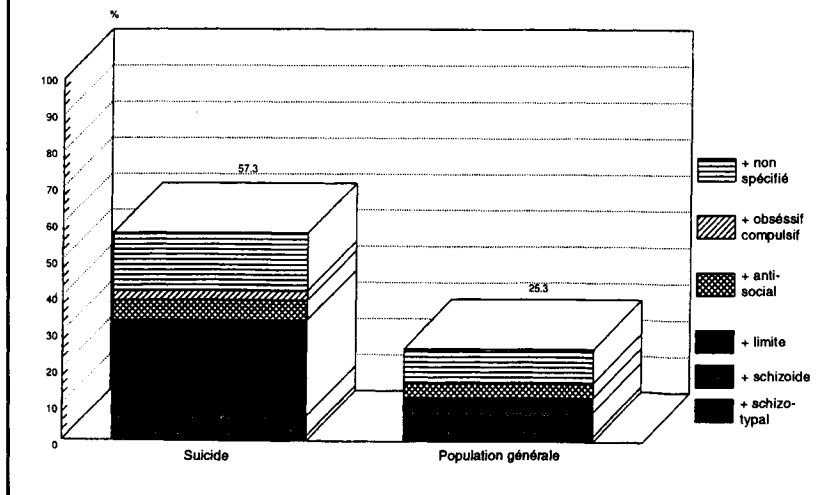
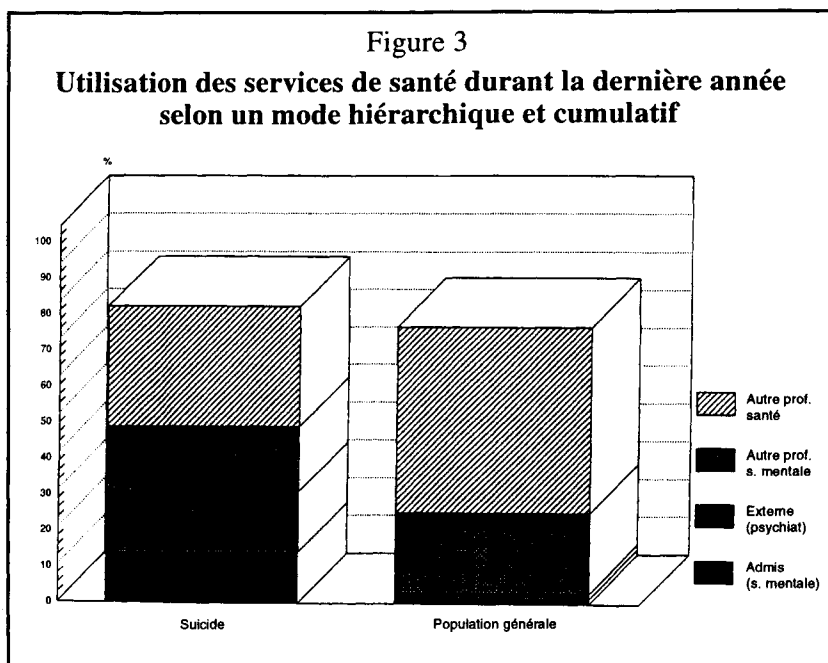


Figure 2

Troubles de la personnalité (Axe II) présentés selon un mode cumulatif et hiérarchique de schizotypal à non-spécifié





suicidés (78,5 %) avaient consulté un professionnel de la santé, plus des deux tiers n'avaient eu aucun contact avec des services psychiatriques dans l'année précédant leur suicide, et seulement 25 % avaient consulté un psychiatre.

Discussion

Notre recherche confirme une fois de plus l'importance de la psychopathologie dans son association avec le suicide, et s'aligne à d'autres études récentes qui ont utilisé la méthode de l'autopsie psychologique (Clark et al., 1992). En utilisant un groupe témoin qui a permis de contrôler les facteurs de risque d'ordre sociodémographique et socioéconomique, nous avons pu mettre en évidence quatre grandes pathologies mentales fortement associées au suicide: la dépression majeure, l'abus d'alcool et de drogue, la schizophrénie et la personnalité borderline. La comorbidité entre ces pathologies fréquemment observée dans notre groupe de suicidés renforce la notion mise de l'avant par Blumenthal (1988) de la «triade léthale» du suicide quand on observe la coexistence de deux des trois pathologies: dépression, abus d'alcool et de drogues et personnalité borderline.

Il est vrai qu'au plan méthodologique la validité de la méthode d'autopsie psychologique pour poser des diagnostics pourrait être mise en question sur plusieurs points. Premièrement, dans quelle mesure les répondants endeuillés suite à un suicide ne peuvent-ils pas exagérer ou amplifier les symptômes et les signes présents chez le sujet avant son suicide? Brent (1989) n'a trouvé aucune différence dans les taux de désordre rapportés par des répondants cliniquement déprimés et les autres. Dans la présente étude, des analyses séparées n'ont pas montré d'effet significatif du niveau de dépression chez les répondants (mesuré avec l'inventaire Beck, 1988) sur les taux de désordres identifiés chez les sujets décédés.

Deuxièmement, les répondants disposent-ils de toute l'information nécessaire concernant des états souvent subjectifs comme la dépression ou des désordres dissimulés comme l'abus de drogues? Dans les cas où un dossier médical était disponible, nous avons dans plus de 93 % des cas corroboré auprès des répondants le ou les diagnostics établis. Il importe de rappeler que les dossiers médicaux n'étaient disponibles que dans 40 cas sur 75, et que la majorité n'ont jamais consulté un professionnel de la santé mentale.

Troisièmement, au plan technique, l'établissement de la présence de désordres mentaux se base sur l'application d'un nombre suffisant de critères, tels que définis par les classifications comme le DSM-III-R. Or, les diagnostics de dépression et de trouble de la personnalité limite se basent sur plusieurs critères et l'un d'eux peut être le comportement suicidaire. Ainsi, l'association avec le suicide deviendrait liée à la présence de tentatives suicidaires, lesquelles sont indépendamment associées au suicide. Cependant, des analyses séparées ont montré que le retrait du critère de tentatives suicidaires ne changeait pas la majorité des diagnostics de trouble de la personnalité limite par exemple, car les cas présentaient suffisamment d'autres critères pour maintenir ce diagnostic. La méthode d'autopsie psychologique utilisée depuis plus de 30 ans dans des dizaines d'études demeure donc la plus appropriée pour reconstituer le profil psychologique de sujets décédés par suicide (Clark et Horton-Deutsch, 1992)

On pourrait aussi soulever l'objection que nos deux échantillons étaient quelque peu biaisés à cause d'un taux de refus relativement élevé de participer au projet de recherche, soit 45,4 % des répondants des suicidés et 59,4 % des témoins. Peut-être aurions-nous pu obtenir un taux d'acceptation plus élevé dans le groupe des suicidés si nous nous étions présentés sans nous faire annoncer aux salons funéraires. Cependant, des considérations d'ordre éthique nous ont empêchés

d'adopter des procédures coercitives (Beskow et al., 1990). Aussi il est intéressant de noter que d'autres études récentes avec un taux d'acceptation plus élevé avaient identifié une fréquence de la dépression majeure similaire à la nôtre (Clark et al., 1992). Il en est de même pour le diagnostic de personnalité borderline, où Rich et al. (1988) et Runeson et Beskow (1991) ont rapporté un taux de 30 %, comparable au nôtre.

Les taux élevés de désordres mentaux chez le groupe témoin, près de 37,3 % dans les derniers 6 mois, pourront surprendre et soulever des doutes sur sa représentativité. En effet, on serait tenté de se référer aux études épidémiologiques des années 80 qui ont montré des taux de 13 à 20 % (Regier et al., 1988). Trois arguments doivent être considérés. Premièrement, notre groupe témoin vient de la population générale des hommes de 18 à 35 ans, mais a été appareillé pour certaines variables socio-démographiques. Ainsi, on a appareillé pour l'état civil: près de 60 % du groupe témoin étaient célibataires. Dans la population générale des hommes de 18 à 35 ans de Montréal et Québec, seulement 37 % étaient célibataires: notre échantillon n'était donc pas représentatif de tous les hommes de 18 à 35 ans. Notre groupe témoin était aussi plus susceptible d'être sans emploi (22,7 % par rapport à 11,2 %). Or, ces variables socio-démographiques (être célibataire, être en chômage, avoir atteint un niveau d'éducation moindre) constituent des facteurs de risque reconnus pour les maladies mentales (Dohrenwend et al., 1992). Deuxièmement, les taux de désordres mentaux couverts par notre étude étaient plus larges que ceux couverts par les études épidémiologiques précédentes, ce qui est à même d'augmenter les taux obtenus. Troisièmement, les études épidémiologiques récentes montrent pour les années 90 des taux plus élevés de désordres mentaux, près de 30 % dans la dernière année, en particulier chez les adultes plus jeunes (Kessler et al., 1994). Ce dernier taux est très près de celui de notre groupe témoin, surtout si on ajoute le fait que ce groupe témoin présentait plus de facteurs sociodémographiques de risque de désordres mentaux que la population générale.

Au plan clinique, nos résultats ne sont certainement pas surprenants. Il est bien établi que les personnes souffrant de dépression, de schizophrénie ou de personnalité borderline sont à risque de se suicider à un niveau considérablement plus élevé que dans la population générale (Black et al., 1985; Stone, 1987). Aussi des recherches cliniques récentes montrent que la comorbidité de la dépression majeure avec abus de substance et trouble de la personnalité affectent

l'efficacité du traitement et compliquent les séquelles psychosociales (Bronishc et Hecht, 1990). En d'autres termes, il s'agit de problématiques cliniques complexes qui dépassent peut-être les capacités d'intervenants de première ligne, particulièrement les omnipraticiens et autres professionnels de la santé.

Néanmoins, il ne faut pas perdre de vue qu'un bon nombre des suicidés dans notre échantillon souffraient de dépression majeure sans comorbidité. Aussi, le fait que 75 % des suicidés avaient dans l'année précédant le décès consulté un omnipraticien ou un autre professionnel de la santé, fait penser que ces intervenants de première ligne constituent une ligne de prévention logique contre le suicide. Il faudrait, cependant, que cette première ligne soit bien sensibilisée à dépister précocement la dépression majeure, à la traiter efficacement par des interventions pharmacologiques, psychologique et sociales, et à diriger les cas complexes en deuxième ligne au niveau de la psychiatrie. Cette stratégie préventive a été adoptée par le Comité suédois de la prévention et du traitement de la dépression, qui a démontré, par des études longitudinales, qu'un programme d'éducation continu offert aux omnipraticiens sur la dépression pouvait aussi bien en améliorer le traitement que diminuer le taux de suicide (Rutz et al, 1991). Aux États-Unis un programme de même ordre a été lancé: *The NIMH Depression Awareness, Recognition and Treatment Program DART* (Regier et al., 1988).

Si on se place dans un contexte pratique de prévention, nos constatations militent en faveur d'une stratégie axée sur le dépistage précoce des troubles mentaux, en particulier la dépression, suivi d'un traitement vigoureux et efficace. On ne peut certainement pas se limiter à une stratégie fondée sur des interventions de crise, d'accompagnement, d'écoute et de support à partir de centres de prévention du suicide.

Finalement, dans quelle mesure les résultats de notre recherche apportent-ils un éclairage sur l'étiologie du suicide, en particulier au niveau de facteurs sociodémographiques? Tout d'abord le chômage a été mis de l'avant comme un des facteurs causals majeurs surtout chez les jeunes (Cormier et Klerman, 1985; Sasseville et Grunberg, 1986; Pritchard, 1992). Il est intéressant de noter que dans nos échantillons 26,7 % des suicidés étaient en chômage au moment de leur décès. Il n'en demeure pas moins que 56 % étaient, avant leur décès, sur le marché du travail, et 17,3 %, aux études.

La pauvreté est aussi un facteur étiologique qui a été mis de l'avant pour expliquer le suicide. Il est quelque peu surprenant que

dans notre échantillon de jeunes gens qui s'étaient suicidés, seuls 16 % vivaient dans un foyer qu'on pourrait qualifier au seuil de la pauvreté, tandis que 38,7 % vivaient dans un foyer avec un revenu annuel entre 19 999 \$ et 39 999 \$ et 45 % avec un revenu dépassant 40 000 \$.

Notre recherche a cependant mis en évidence un facteur important différenciant du groupe témoin les jeunes gens qui se sont suicidés. Il s'agit du décrochage scolaire au secondaire, beaucoup plus fréquent chez les suicidés que chez les témoins. Ce facteur, très préoccupant à l'heure actuelle au Québec, est difficile à interpréter. Il se peut qu'il ne soit qu'une conséquence de troubles mentaux chez un jeune. Cependant, il est évident que dans le contexte socioéconomique actuel cette population de jeunes gens qui n'ont pas complété leurs études secondaires est susceptible de grossir les rangs des jeunes qui ne peuvent pénétrer le marché du travail, avec toutes les conséquences psychosociales néfastes de cette situation. Pour peu que ces jeunes gens soient vulnérables à des troubles mentaux, ils constituent une population à risque élevé pour le suicide.

Conclusion

Notre recherche a démontré le rôle certain de la pathologie mentale dans le suicide chez les jeunes gens. Compte tenu que le suicide est maintenant la première cause de décès chez les jeunes de sexe masculin, il s'agit d'un problème de santé publique majeur. Toute stratégie de prévention du suicide doit tenir compte de la prévention secondaire et tertiaire des maladies mentales chez les jeunes, en particulier les maladies affectives, l'abus d'alcool et de drogues et certains troubles de la personnalité, notamment le trouble de la personnalité borderline.

RÉFÉRENCES

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3^e éd., révisée, DSM-III-R, Washington.
- ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU QUÉBEC, 1984, *Analyse de l'avis du Comité de Santé mentale du Québec sur la prévention du suicide*.
- BARRACLOUGH, B., BUNCH, J., NELSON, B., SAINSBURY, P., 1974, A hundred cases of suicide: clinical aspects, *British Journal of Psychiatry*, 125, 355-373.

- BECH, A. T, STEER, R. A., GARBIN, M. G., 1988, Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation, *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- BESKOW, J., RUNESON, B., ASGARD, V., 1990, Psychological autopsies: Methods and Ethics, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20, 307-323.
- BLACK, D., WARRACK, G., WINOKUR, G., 1985, Excess mortality among psychiatric patients, *JAMA*, 252, 58-61.
- BLUMENTHAL, S.J., 1988, Suicide: a guide to risk factors, assessment and treatment of suicidal patients, *Medical Clinics of North America*, 72, 4, 937-971.
- BRENT, D.A., 1989, The psychological autopsy: methodological considerations for the study of adolescent suicide, *Suicide and Life Threatening Behavior*, 19, 43-57.
- BRONISCH, T., HECHT, H., 1990, Major depression with and without a coexisting disorder: social dysfunction, social integration and personality features, *Journal of Affective Disorders*, 20, 151-157.
- CHAMBERS, W.J., PUIG ANTICH, J., HIRSH, M., PAEZ, P., AMBROSINI, P.I., TABRAZI, M.A., DAVIES, M., 1985, The assessment of affective disorders in children and adolescents by semi structured interview, Test retest reliability of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school age children, *Archives of General Psychiatry*, 42, 696-702.
- CLARK, D. C., HORTON-DEUTSCH, S.L., 1992, Assessment in absentia: the value of the psychological autopsy method for studying antecedents of suicide and predicting future suicide in Mares, R.W., Berman, A.L., et al. eds., *Assessment and Prediction of Suicide*, The Guilford Press, New York.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1982, *Avis sur la prévention du suicide*, Gouvernement du Québec, Ministère des affaires sociales.
- CORMIER, H.J., KLERNAN, G.L., 1985, Unemployment and male-female labor force participation as determinants of changing suicide rates of males and females, *Social Psychiatry*, 20, 109-114.
- DOHRENWEND, B. P., LEVAV, I., SHROUT, P. E., SCHWARTZ, S., NAVEH, G., LINK, B.G., SKODOL, A.E., STEUVE, A., 1992, Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue, *Science*, 255, 946-952.
- DORPAT, T., RIPLEY, H., 1960, A study of suicide in the Seattle area, *Compared Psychiatry*, 1, 349-359.
- KESSLER, R. C., MCGONAGLE, K. A., ZHAO, S., NELSON, C. B., HUGHES, M., ESHLEMAN, S., WITTCHEN, H. U., KENDLER, K. S., 1994, Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States, results from the National Comorbidity Survey, *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.

- KOVACS, M., 1985, The interview schedule for children (ISC), *Psychopharmacological Bulletin*, 21, 991-994.
- PRITCHARD, C., 1992, Suicide, unemployment and gender variations in the Western world 1964-1986, Are women in anglophone countries protected from suicide?, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 160, 750-756.
- REGIER, D. A., BOYD, J. H., BURKE, J. D., RAE, D. S., MYERS, J. K., DRAMER, M., ROBINS, L. N., GEORGE, L. K., KARNO, M., LOCKE, B. Z., 1988a, One-month prevalence of mental disorders in the United States, based on five epidemiologic catchment area sites, *Archives of General Psychiatry*, 45, 977-986.
- REGIER, D. A., HIRSCHFELD, R. M., GOODWIN, F. K., BURKE, J.D., LAZAR, J.B., JUDD, L.L., 1988, The NIMH depression awareness recognition and treatment program: structure, aims and scientific basis, *American Journal of Psychiatry* 43, 577-582
- RICH, C. L., YOUNG, D., FOWLER, R. C., 1990, San Diego suicide study, young vs old subjects, *Archives of General Psychiatry*, 43, 577-582.
- ROBINS, E., MURPHY, G. E., WILKINSON, R.H., GASSNER, S., KAYES, J., 1959, Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides, *American Journal of Public Health*, 49, 888-898.
- RUNESON, B., BESKOW, J., 1991, Borderline personality disorder in young Swedish suicides, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 153-156.
- RUTZ, W., VON KNORRING, L., WALINDER, J., 1991, Long term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 83-88.
- SASSEVILLE, M., GRUNBERG, F., 1987, Chômage et santé mentale, *Revue Canadienne de psychiatrie*, 32, 798-802
- SCHNEIDMAN, E. S., FARBEROW, N., 1961, Sample investigation of equivocal suicidal deaths in Farberow, N. L., Schneidman, E.S., eds., *The Cry for Help*, McGraw Hill, New York, 118-128.
- STONE, M. H., 1987, The course of borderline personality disorder in Tasman, A., Hales, R.E., Frances, A.J., eds., *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, Washington, DC.

ABSTRACT

Suicide among young male adults in Québec: psychopathology and utilization of medical services

Seventy five young male adults between the age of 18 and 35 who had committed suicide were compared with 75 male adults still

alive matched for age, residence, marital and employment status. For each group a principal respondent was interviewed in order to reconstitute the psychological profile of each individual, as well as their utilisation of health services. This was completed by the study of the coroner's reports and the medical records when available.

At six months the prevalence for all axis I diagnosis was 88.8% for the suicide group and 37.3% for the control group. Among the subjects who had committed suicide 38.7% were afflicted by major depression, 24% by alcohol dependency and 28.7% were dependent on drugs. Borderline personalities were present in 28% of the suicide group compared to 5% in the control group. Forty five percent (45%) of the subjects who had killed themselves had consulted a mental health professional in the year preceding the suicide compared to 5% in the control group. However, 78.5% of the suicide group had consulted during the same period a health professional compared to 73.3% of the controls.